

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 134

TRAVAIL de la CLINIQUE des MALADIES CUTANÉES et VÉNÉRIENNES
de la FACULTÉ de MÉDECINE de LYON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES VARICES
DES MEMBRES INFÉRIEURS

LE SALICYLATE DE SOUDE
EN INJECTIONS PHLÉBOSCLÉROSANTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques TOURNADRE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né à MORNANT (Rhône) le 3 juillet 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

**Contribution à l'étude du Traitement des Varices
des membres inférieurs.**

**Le Salicylate de Soude en injections
phlébosclérosantes.**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 134

TRAVAIL de la CLINIQUE des MALADIES CUTANÉES et VÉNÉRIENNES
de la FACULTÉ de MÉDECINE de LYON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES VARICES
DES MEMBRES INFÉRIEURS

LE SALICYLATE DE SOUDE
EN INJECTIONS PHLÉBOSCLÉROSANTES



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques TOURNADRE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né à MORNANT (Rhône) le 3 juillet 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
	ROQUE.
Cliniques chirurgicales	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et Botanique.....	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie Interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	X.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Chirurgie opératoire.....	PATEL.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique, Hygiène et Climatologie.....	PIC.
Pharmacologie	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, président ; ARLOING, assesseur ;
THÉVENOT Lucien et FAVRE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON TRÈS HONORÉ PÈRE

Bien faible témoignage de sincère
affection et de profonde reconnais-
sance.

A MA TANTE BIEN-AIMÉE,
MADAME BLANCHE DELBOS,

Qui fut pour nous une seconde
mère; nous la prions de croire à no-
tre profond respect et à nos senti-
ments les plus affectueux.

A MON ONCLE,
MONSIEUR RAOUL FONTEILLES,

Expression de notre vive affection
et de notre gratitude.

A MON PARRAIN,
LE DOCTEUR JOSEPH GALIMARD

Qui nous a aidé de ses conseils pen-
dant toute la durée de nos études, nous
offrons l'assurance de nos sentiments
reconnaissants et affectueux.

A TOUS LES MIENS QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS,

Avec qui nous avons partagé des
travaux et des ris, en toute amitié.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Hommages respectueux.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA SŒUR

Aux jours heureux de notre enfance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE,
LE LIEUTENANT PILOTE-AVIATEUR PIERRE TOURNADRE,
Légion d'honneur, Croix de guerre,
tombé glorieusement pour la France le 23 juin 1918

Dont l'abnégation et le dévouement
sublime l'ont conduit au plus noble
sacrifice ; nous gardons de lui un
pieux souvenir.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS,
*Professeur de Clinique des maladies cutanées et vénériennes
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui nous fait le très grand honneur
de présider cette thèse. En hommage
de notre respectueuse reconnaissance
pour l'accueil bienveillant qu'il nous
a toujours réservé et pour ses précieux enseignements.

A MON JURY DE THÈSE,
MM. LES PROFESSEURS
ARLOING, THÉVENOT Lucien, FAVRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PILLON,
Chef de Clinique à la Faculté
Qui nous a aidé de ses conseils,
nous offrons l'assurance de nos senti-
ments reconnaissants et dévoués.

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE PARIS ET DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Elle est bien belle cette ambition qui pousse le jeune étudiant, au sortir du lycée, où il vient de terminer ses *humanités*, à choisir la carrière où il pourra *guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours*.

Quel honneur pour lui de se sentir, en ce jour de soutenance de thèse, jugé capable de poursuivre dans sa vie de praticien la lutte contre le MAL.

Aussi, au moment d'accomplir ce dernier acte de scolarité, et sur le point de quitter définitivement et à regret notre Université et notre Ecole, éprouvons-nous une immense satisfaction de pouvoir rassembler dans une même pensée reconnaissante et affectueuse tous ceux qui nous ont soutenus et guidés pendant le cours de nos études médicales.

C'est un sentiment de gratitude plus encore que de vieille coutume, qui nous invite à nous acquitter d'un bien agréable devoir : exprimer l'hommage profondément respectueux du disciple aux maîtres dévoués dont les leçons et les conseils nous seront si précieux au cours de notre carrière médicale; et adresser notre entière reconnaissance à tous ceux,

parents ou amis, qui nous ont toujours prouvé leur affection et leur dévouement.

Nous garderons le meilleur souvenir de la Faculté de Paris et de l'accueil bienveillant de nos premiers maîtres ; c'est avec émotion que nous rappelons ici leurs noms : MM. les Professeurs GILBERT et RÉNON ; MM. les Professeurs agrégés ALGLAVE, RATHERY, SCHWARTZ, LENORMANT ; MM. les Docteurs HALLÉ et BAUDET. Ils contribuèrent hautement à former notre esprit médical par leurs claires leçons et les conseils cliniques qu'ils nous prodiguèrent.

Nous n'oublierons pas non plus M. le Docteur RICHON, assistant à l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. C'est lui qui nous prépara d'abord à l'externat puis à l'internat des Hôpitaux de Paris. Ses conférences, pleines de verve et de clarté, ont été pour nous d'un précieux secours. Nous lui devons une respectueuse reconnaissance. A lui va toute notre sympathie.

A LYON, où s'achevèrent nos études, nous eûmes la bonne fortune de pouvoir suivre, à l'HÔTEL-DIEU, les magistrales leçons de MM. les Professeurs TIXIER et SAVY ; à l'ANTIQUAILLE, celles de M. le Professeur NICOLAS. Nous devons à leur enseignement si fécond un complément indispensable à notre formation médicale.

Nous sommes redevables à M. le Docteur PILLON des utiles renseignements qu'il a bien voulu nous communiquer pour faciliter notre travail ; nous lui en exprimons notre vive gratitude.

Nous rendons enfin un hommage de profonde reconnaissance à tous nos maîtres des Facultés de Médecine de PARIS et de LYON, ainsi qu'à nos maîtres de l'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, qui témoignèrent toujours pour nous d'une bienveillante sympathie.

Puis, au seuil de notre carrière médicale, il nous est bien doux d'exprimer notre entière gratitude à tous ceux de nos amis qui, durant de longues années, nous ont entouré de leur affection et nous profiterons de cette occasion unique pour adresser à nos camarades très chers, MM. les Docteurs CHAVIALLE, FOURNIER, MAKSUD, MÉRAT et MÉZERAL, le témoignage ému de notre dévouement le plus grand et de notre sympathie toute fraternelle.

Et maintenant, abordant l'avenir avec confiance, promettons-nous, en ce jour mémorable, de consacrer notre vie de praticien à la lutte contre la misère physique et morale, sans jamais défaillir du chemin de l'honneur.

Contribution à l'étude du Traitement des Varices des membres inférieurs.

Le Salicylate de Soude en injections phlébosclérosantes.

INTRODUCTION

Les varices des membres inférieurs sont, pour leur porteur, une véritable infirmité.

Quiconque s'est promené dans une salle de chirurgie, quiconque a assisté à une consultation des maladies de la peau, a été certainement frappé par le nombre de ces malheureux, les jambes souvent couvertes de plaies affreuses, venant la plupart réclamer, une fois de plus, leur hospitalisation.

C'est que, en effet, les varices sont pour eux la cause d'un perpétuel ennui. Écoutons-les plutôt répéter leurs doléances : « *Docteur, je viens pour mes jambes ; mes varices me gênent énormément ; j'ai les jambes lourdes ; il m'est impossible de me tenir longtemps debout ; le soir, mes jambes sont enflées et me font mal ; la nuit, je passe mon temps à me gratter...* » Pour d'autres, c'est que l'on ne veut pas les accepter dans une profession nécessitant une sta-

tion debout prolongée. On craint peut-être pour eux un « *accident du travail* ».

Ces impotents, « *aux jambes lourdes* », sont en effet à la merci de complications ennuyeuses, voire même redoutables, pouvant nécessiter un séjour au lit de longue durée, une immobilisation prolongée pour eczémas, ulcères, hémorragies.

Aussi, c'est de tout temps que médecins et chirurgiens, chacun dans leur sphère, ont cherché un remède plus efficace que tous les palliatifs connus jusqu'alors.

A la suite de nombreux procédés plus ou moins compliqués et d'application plus ou moins facile, est né, il y a peu de temps, la méthode des injections phlébosclérosantes. Celle-ci, nous le verrons, par sa simplicité, son innocuité et ses résultats heureux, jouit d'une vogue méritée. Sur les conseils de notre maître, M. le Professeur NICOLAS, nous nous sommes appliqué à étudier ce nouveau mode thérapeutique des varices. Disons tout de suite, qu'après quelques essais rapides des différents médicaments phlébosclérosants préconisés dans cette affection, nous nous sommes arrêté à la solution de salicylate de soude.

Le salicylate de soude, en effet, nous a paru toujours à la hauteur de sa tâche ; il est d'un emploi plus facile que les autres sels communément conseillés ; les réactions qu'il provoque sont moins violentes ; son innocuité nous a semblé absolue.

C'est donc le traitement des varices et de leurs complications par les injections de solution de sali-

cylate de soude que nous aurons ici en vue. Parmi les nombreux cas personnels que nous avons étudiés, quelques observations, prises au hasard, montreront tout le profit que l'on peut tirer de ce mode de traitement.

Historique des principaux traitements des veines variqueuses.

Si nous passons une revue rapide des différents traitements proposés contre les varices ou leurs complications, nous voyons qu'ils sont innombrables.

A l'heure actuelle encore, on est loin d'être d'accord : les uns restent fidèles aux TRAITEMENTS CHIRURGICAUX ; les autres, craignant, à juste titre, la complexité de tels procédés, préconisent des méthodes non sanglantes, que nous appellerons TRAITEMENTS MÉDICAUX.

Nous serons brefs sur les traitements chirurgicaux.

Le premier essai, datant de 1889, est dû à TRENDELENBURG : il sectionnait, entre deux ligatures, la saphène à sa partie supérieure. Ce procédé fut repris peu après par SCHWARTZ, qui préconisa des sections étagées.

En 1897, DELBET montra le rôle principal de l'insuffisance valvulaire. Mais, au rôle des valvules déficientes, viennent s'ajouter d'autres causes, notamment la poussée sanguine par l'intermédiaire des

perforantes qui font communiquer la circulation veineuse profonde avec la superficielle. La seule ligature des saphènes ne saurait donc suffire. D'où vint l'idée de la *saphénectomie totale* (1902) : ablation de tout le système veineux superficiel jusqu'à la naissance des perforantes. Ce sont les travaux de TERRIER et ALGLAVE.

En 1909, DELBET publie sa technique de *l'anastomose saphéno-fémorale*, reposant toute entière sur la présence des valvules de la fémorale superficielle.

Nous mentionnerons encore :

La sympathectomie périartérielle (opération pratiquée la première fois par LERICHE, en 1914), qui consiste à enlever sur une certaine longueur de l'artère fémorale, les plexus nerveux sympathiques qui siègent dans l'adventice.

Le procédé de LÆNEN, qui implante la saphène externe dans la tibiale postérieure valvulée.

Le procédé de JIANN, qui crée des valvules artificielles.

L'opération de ROBINSON, dont le but est la ligature de tous les affluents de la crosse de la saphène, supprimant le coup de bélier abdominal, facilitant ainsi la circulation de retour.

Les incisions circulaires à la MORESCHI, ou en spirales de RINDFLEICH, dans le cas d'ulcère, avec ligatures des veines intéressées.

LA SAPHÉNECTOMIE DE TERRIER ET ALGLAVE semble avoir recueilli le maximum de suffrages. Nous avons pu nous-mêmes, dans le service de M. le Docteur

ALGLAÏVE, nous rendre compte des bons effets de la méthode.

Mais, pour toutes ces méthodes difficultueuses et patientes, subsiste toujours pour le malade la crainte de l'opération et de l'anesthésie, aussi parfaites que celles-ci puissent être. Ces méthodes chirurgicales obligent de plus le malade à une interruption de travail, au moins pour le temps que dure l'opération. D'autre part, il faut bien l'avouer, le résultat, au point de vue esthétique, est loin d'être parfait ; le malade est guéri de ses varices, mais au prix de longues cicatrices.

Aussi les uns, faisant partie de la classe aisée, fortunés et ayant des loisirs, vont chercher dans les stations hydrominérales de LUXEUIL, SALIES-LES-BAINS et surtout BAGNOLES-DE-L'ORNE, un soulagement passer à leurs maux. Les autres, moins heureux, se bornent à recourir à des palliatifs plutôt qu'à de véritables traitements : le port de bas élastiques, de bande Velpeau, pour suppléer à la perte de tonicité des parois veineuses ; le repos ; les bains chauds, ayant pour but d'amener la résolution de l'œdème, quand il existe, et de stimuler la tonicité des parois veineuses ; le massage, l'électricité ; l'hamamélis virginica, l'hydrastis canadensis et le marron d'Inde.

Mais tous ces procédés ne sauraient recréer des valvules déficientes et leur rôle est passager.

Aussi, concurremment au traitement chirurgical et depuis bien longtemps, avait-on cherché à obtenir

l'oblitération veineuse par un traitement non sanglant(1).

L'idée de traiter les varices, par les injections d'une substance capable d'en provoquer l'oblitération, remonte à l'époque de l'apparition de la seringue de Pravaz et de l'aiguille creuse (inventée par Claude Bernard).

On devait en effet y songer dès qu'il serait possible d'injecter directement une solution dans les veines. Aussi, à cette période, rechercha-t-on la guérison des varices par les injections péri ou intravariqueuses de substances prétendues coagulantes.

A vrai dire, s'il y eut, dès ce moment, quelques tentatives de traitement par les injections périveineuses d'alcool à 50° ou d'ergotine, elles furent, à cause de leur insuccès, sans lendemain.

De même, vers le milieu du siècle dernier, par analogie avec le traitement tenté pour les anévrysmes, on essaya les injections intraveineuses de substances coagulantes. Mais les résultats se montrèrent inconstants. On nota quelques incidents dus aux fautes d'asepsie ou aux trop grandes toxicités et causticités des solutions.

En premier lieu, en 1853, le *perchlorure de fer*, fut essayé, en solution marquant 30° Baumé, et dont on injectait quelques gouttes seulement. C'est l'Ecole lyonnaise, avec BARRIER, PÉTREQUIN, VALETTE et DESGRANGES, qui mit en œuvre ce procédé. Dans des cas

(1) Voir pour plus de détails, la revue très documentée de H. ROGER (de Marseille) "*quelques mots d'histoire à propos des injections intravariqueuses*" Marseille Médical, n° 3, février 1920.

favorables la guérison fut obtenue, la veine étant en effet transformée en un cordon fibreux enserrant un caillot. Mais l'injection était très douloureuse. On nota des gangrènes dues à la causticité du produit, des accidents mortels même. De plus, le caillot ne s'organisait pas. Aussi ne tarda-t-on pas à abandonner le perchlorure. Il fut repris en 1884, par WEINLEHNER, qui injectait des points différents dans une même séance ; mais il y eut quelques insuccès et un assez grand nombre d'accidents, tels que phlegmons du mollet et gangrènes partielles.

Le *persulfate de fer*, utilisé par Wood à l'étranger, n'a connu que de rares succès. Il rapporta lui-même, en 1877, trois cas seulement de guérisons sur onze cas traités.

On rechercha un liquide coagulant moins offensif. La *liqueur iodotannique* venait d'être imaginée par Socquet et GUILLERMOND. Celle-ci était obtenue en mélangeant 1 gr. d'iode à 16 gr. de tannin dissous dans 500 gr. d'eau. Le tout était ensuite réduit à 60 gr. au bain-marie. C'est DESGRANGES, tout d'abord, qui utilisa cette solution en 1854. Il injectait une quinzaine de gouttes de la solution. VALETTE reprit la méthode en 1875 et, grâce à certaines précautions (repos au lit d'une semaine, lien constricteur maintenu en place plusieurs heures après l'injection), put traiter avec succès deux cents malades. Un cas de mort fut pourtant rapporté par OLLIER.

Six an plus tard, LEGENDRE consacra sa thèse à cette méthode, mais la solution employée était plus

forte (5 gr. d'iode pour 45 gr. de tannin dans un litre d'eau).

En 1894, DELORE, au *Congrès de Chirurgie de Lyon*, défendit la méthode et montra que son efficacité ne résidait pas tant dans la coagulation intravariqueuse que dans l'endophlébite chimique suivie d'épaississement et de renforcement des parois.

Nous citerons encore certains essais pratiqués surtout à l'étranger.

(Le *chloral* est utilisé par NEGRETTI et BOTTINI, en 1881, sur un petit nombre de cas.

En 1904, TAVEL (de Berne) préconisa à l'*Association Centrale des Médecins suisses*, l'*acide phénique* en solution à 5 %. Mais il fallait procéder auparavant à la ligature en amont de la veine.

Plus intéressants sont les résultats obtenus, en 1908, par SCHIASSI (de Bologne), qui utilisa la *solution iodo-iodurée* (1 gr. d'iode et 1 gr. 60 d'iodure de potassium dissous dans un litre d'eau). Dans 60 cas sérieux, il n'obtint que de bons résultats. Mais sa technique nécessitait plusieurs ligatures et même l'extirpation d'un fragment de la saphène. Il s'agissait donc là déjà d'une petite opération.

Plus près de nous, citons pour mémoire, en Allemagne, en 1916, les travaux de ZVIN, qui injectait du *sublimé*, et ceux de KAPPELMANN, de CHICAGO, qui utilisait le *chlorure de sodium* à 3 %.

Ces divers traitements médicaux ont successivement été abandonnés. Il fallait leur substituer un agent chimique non toxique, non embolisant et d'un maniement facile.

C'est alors qu'en 1917, le Professeur SICARD, ayant remarqué que les injections intraveineuses de *luar-gol* (solution disodique de sulfate de dioxyaminoarsénobenzolate de bromure d'argent et d'antimoine), à doses répétées, employées dans le traitement de la syphilis, oblitéraient les veines sans aucun incident d'ordre local ou général, pensa qu'il pourrait être intéressant d'utiliser cette action dans la cure des varices. Cette propriété oblitérante n'était certainement pas due aux principes actifs métalliques As ou Ag, dont on connaît la parfaite innocuité pour les veines, en solution neutre, mais bien à la soude libre que ce produit renferme toujours en assez grande quantité. Le Professeur SICARD utilisa donc un sel de soude : *le carbonate neutre de sodium*, cristallisé officinal en solution à 10 %. Mais l'inconvénient de cette substance était d'être très escarotique par son affinité pour l'eau. Aussi, avait-on des ennuis lorsque, par mégarde, l'injection était poussée dans le tissu cellulaire, et auparavant ponctionnait-on la veine avec une aiguille adaptée à une seringue de sérum. Il n'y avait plus ensuite qu'à changer de seringue. Mais ceci compliquait beaucoup la technique, et le danger primitif se remontrait parfois quand il y avait reflux du sang par le pertuis laissé par l'aiguille dans la paroi veineuse. SICARD essaya donc d'autres substances non escarotiques dont le maniement plus facile nécessiterait le minimum de précautions, et arrêta son choix sur le *salicylate de soude*, sel que nous avons expérimenté dans le service de M. le Professeur NICOLAS, et dont nous

rapportons plus loin les résultats.

Peu de temps après, MONTPELLIER et LACROIX (d'Alger) ont mis en valeur le *biiodure de mercure* phlébosclérosant et non escarotique.

En 1921, GENEVRIER rapporta les résultats obtenus avec les *sels de quinine*. Il avait en effet remarqué que les injections intraveineuses de quinine, faites chez les paludéens, amenaient quelquefois l'induration et la transformation en cordons fibreux de la veine piquée. Il appliqua, dès lors, ce fait au traitement des varices, avec plein succès, semble-t-il, en se servant d'une solution de *chlorhydrate neutre de quinine*.

Salicylate de soude de SICARD, *biiodure de mercure* de MONTPELLIER et LACROIX, *chlorhydrate de quinine* de GENEVRIER, sont, à l'heure actuelle, les trois substances qui se partagent les faveurs des partisans des injections phlébosclérosantes dans les varices.

Etudions donc tout d'abord les principes généraux, avantages, inconvénients, indications et contre-indications de cette méthode.

Principe

de la méthode des injections phlébosclérosantes.

Avantages, Indications, Contre-indications.

Principe de la méthode et ses résultats anatomo-histologiques.

L'injection, dans la cavité d'une dilatation variqueuse, d'une solution caustique judicieusement choisie, susceptible de déterminer une endovéinite chimique, aseptique, dont l'aboutissant est l'oblitération totale du vaisseau, tel est le principe de la méthode curative médicale des varices que nous nous proposons d'exposer et que beaucoup de praticiens semblent encore ignorer ou craignent d'appliquer.

ALGLAVE a montré (*Journal Médical Français*, septembre 1921), que les varices reconnaissent deux principales causes à leur développement : la poussée sanguine profonde ou *coup de bétail musculaire*, qui s'exerce de la profondeur vers la superficie du membre, à la faveur des veines perforantes, et au moment des contractions musculaires dans la station debout, la marche, la course ; en deuxième lieu, le

reflux superficiel ou *coup de béliet abdominal*, reflux sanguin qui s'exerce de haut en bas dans les saphènes, en particulier dans le tronc de la saphène interne quand, du fait de leurs altérations, les valvules ne remplissent plus leurs fonctions. La colonne sanguine pèse alors de toute sa hauteur sur les segments inférieurs et l'on comprend que ce reflux, à l'occasion de l'effort abdominal, puisse donner des à-coups de pression. Oblitérant les grosses veines et les communicantes, nous supprimons du même coup ces causes favorisantes.

N'ayant pas eu l'occasion de pouvoir prélever des veines injectées, afin de les soumettre à un examen histologique, nous ne saurions mieux faire que de rapporter les résultats obtenus par MM. SICARD, PARAF et FORESTIER avec le carbonate de soude. Il y a en effet tout lieu de penser que les résultats sont identiques.

Ces auteurs firent, dans la veine brachiale céphalique *saine* d'un sujet cancéreux, quelques jours avant sa mort, quatre injections de carbonate de soude à 10 %, ces injections étant pratiquées à deux jours d'intervalle. Voici les résultats de l'examen de la veine, montrant les stades successifs par lesquels passe le phénomène de sténose.

Examen macroscopique.

Après incision de la peau, la veine, sur une longueur de trois centimètres environ, apparaît rétractée et de calibre nettement inférieur à celui constaté

en aval et en amont. La couleur bleue violacée normale est remplacée par une teinte blanchâtre ; on a l'impression d'un petit cordon plein. Ouverte aux ciseaux sur une partie de cette région, la veine se montre, en effet, dépourvue de lumière ; macroscopiquement, il semble que cette lumière s'est rétrécie par simple rapprochement des parois. On ne voit pas, dans cette portion, de caillot.

Examen histologique.

pratique au Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté de Paris, grâce à l'obligeance de M. Roussy

Sept fragments ont été prélevés à trois centimètres de distance, sur toute la hauteur de la zone intéressante. On constate à un faible grossissement que la lumière est oblitérée, soit partiellement, soit complètement. La paroi musculo-conjonctive n'offre pas de modifications. Nous rappelons, du reste, que l'injection a été faite dans une veine normale, c'est-à-dire ne présentant aucune altération pariétale.

Certains segments veineux ont subi une oblitération partielle. On trouve alors que l'endothélium est intact sur les deux tiers environ de la circonférence du vaisseau. Le dernier tiers donne insertion à un caillot rouge, largement implanté. Celui-ci, à un fort grossissement, est constitué par un réseau fibrineux enserrant dans ses mailles de nombreux globules rouges et quelques leucocytes. Au niveau du point

d'insertion, débute un processus d'organisation du pédicule, avec cellules conjonctives jeunes, à prolongements grêles, provenant de la couche interne du vaisseau.

D'autres segments veineux sont arrivés au stade d'oblitération complète. La lumière a entièrement disparu. Toute la partie centrale est occupée par un bouchon conjonctif organisé, au milieu duquel on voit quelques lacunes réduites contenant encore des globules rouges. Comme dans toute organisation conjonctive de ce genre, on trouve quelques vaisseaux de nouvelle formation, plus particulièrement au voisinage du point d'insertion primitif du caillot. Ces vaisseaux sont pourvus d'un endothélium propre.

En résumé, il s'agit d'une thrombose veineuse à évolution particulièrement rapide, puisque huit jours seulement après l'injection sodique, on constate l'organisation complète d'un caillot oblitérant la veine.

La présence, d'autre part, de la nouvelle vascularisation du caillot permet de penser à une sorte de rétablissement du courant circulatoire par l'intermédiaire de vaisseaux capillaires.

Tels sont les résultats exprimés par ces auteurs ; et il est logique d'admettre que le même processus se passe au niveau des varices du membre inférieur, en ajoutant toutefois qu'ici, les parois de la veine se trouvant déjà lésées, on pourra noter en plus un peu de périveinite.

Avantages de la méthode et discussion.

Les avantages en sont les suivants :

a) Aucune opération n'est demandée au malade, qui ne conserve de son traitement aucune cicatrice visible. Tel malade, craignant une intervention, ne refuse pas quelques piqûres. Tel autre, se fait traiter si on lui évite ainsi le port d'un appareil contentif : bas caoutchouté, bande Velpeau.

b) Comme nous l'avons laissé entrevoir, la méthode peut être ambulatoire et la plupart des malades dont nous rapportons les observations ont pu être ainsi traités alors qu'ils continuaient de vaquer à leurs occupations. Ceux-ci, en effet, quelle que soit leur condition sociale, préfèrent négliger leurs maladies, ne pouvant, ne voulant pas *s'arrêter* dans leur travail. Ils craignent, en un mot, l'immobilisation au lit, qui pourra devenir peut-être pour eux ou pour leur famille une cause de gêne.

C'est donc, répétons-le, un traitement ambulatoire et, par cela même, facilement accepté par tous.

c) La simplicité de cette méthode est réelle et la met à la portée de tout praticien. Le matériel nécessaire, des plus restreints, est celui que tout médecin possède dans sa trousse.

d) Elle a une action rapide et incontestable. La thrombose est si précoce que l'on peut, dès les jours qui suivent, repiquer la veine au même endroit sans voir sourdre une goutte de sang. De plus, les symptômes fonctionnels s'amendent et peuvent même

disparaître. La valeur fonctionnelle du membre, auparavant impotent, renaît.

e) Les résultats en paraissent stables. Il serait néanmoins utile, avant d'émettre une opinion définitive à ce sujet, de pouvoir examiner à nouveau, plusieurs années après, les malades ainsi traités.

f) Aucun risque, ni d'infection du thrombus, ni de mobilisation du caillot.

Le danger de migration du caillot que l'on reproche à cette méthode est, en effet, hypothétique, car, sur des centaines d'injections pratiquées, tant par nos maîtres que par nos confrères, aucun accident de ce genre n'est relaté, et le premier cas d'embolie consécutive à cette thrombose n'est pas encore publié. Et si nous parcourons les écrits de ceux qui nous ont précédé dans cette voie, nous y trouvons que déjà en 1867, ROUBY rapporte des conclusions analogues au sujet de la liqueur iodotannique utilisée dans le service de son maître DELORE : « Nous n'avons jamais vu, dit-il, chez nos opérés, *le caillot être emporté dans la saphène ou au delà* et produire des accidents. » SCHIASSI, utilisant, lui, la solution iodo-iodurée, déclare, en 1908 : « *Je ne sache pas, en effet, de façon certaine, que jamais un embolus mortel se soit détaché d'un foyer de phlébite chimique d'une veine superficielle*; et tant que cet accident ne s'est pas produit, je doute fort qu'il puisse arriver, car, lorsqu'on détermine l'oblitération chimique d'une veine par l'action d'un excitant médicamenteux non nécrotisant, l'oblitération s'accomplit par l'effet d'un lent travail de réaction endothéliale

donnant lieu à un apport d'éléments conjonctifs jeunes qui, ultérieurement, deviennent adultes et permanents. *Dans ces conditions, le détachement d'un embolus est impossible* ». De plus, ajoute-t-il : « La circulation lente du sang dans les veines du membre inférieur est tout à fait défavorable au déplacement ascendant des débris emboliques ».

De nos jours aussi, au cours d'injections de médicaments divers, et les syphiligraphes, en particulier, le constatent bien souvent, que de thromboses accidentelles dont le seul inconvénient est de gêner la continuation du traitement!

g) Enfin, il nous sera permis de traiter les varices alors qu'elles ne représentent qu'une affection encore bénigne, et c'est ainsi que nous pourrons éviter des complications ennuyeuses et pouvant devenir un jour sérieuses ; nous avons nommé les troubles trophiques, les dermatoses, les hémorragies ou ulcères. ARISTOTE est mort d'une rupture de varices ; et dans le précis de médecine légale de LACASSAGNE et MARTIN, on trouve relaté le cas d'une jeune femme de 25 ans, qui succomba rapidement à la suite d'un éclatement de varices.

Indications.

a) C'est avant tout les varices superficielles des grosses veines sous-cutanées, rectilignes ou sinueuses, soulevant les téguments par des saillies plus ou moins isolées, faisant en particulier le désespoir des

jeunes femmes ; c'est donc dans ce cas une médication esthétique.

Nous citerons aussi le cas d'un jeune homme (Observation N° I), qui, quoique non gêné par ses varices, n'avait pu rentrer au P.-L.-M. ; grâce à notre traitement, il y fut admis par la suite.

b) Les varices entraînant des troubles fonctionnels tels que douleur à la marche, pesanteur, impotence, crampes, œdème, prurit. Tout ceci disparaît ou s'atténue très vite et les malades l'accusent eux-mêmes en général dès les premières injections.

c) Les varices déjà compliquées d'ulcères, d'eczéma, à condition toutefois que les varices soient nettes et bien injectables et que l'ulcère ne soit pas trop ancien. Dans ce cas, nous avons vu la cicatrisation survenir progressivement et après une durée beaucoup moindre.

d) Les récides post-opératoires après saphénectomie ou anastomose saphéno-fémorale (SICARD, PARAF, FORESTIER). Nous n'avons pas eu personnellement de cas semblables à traiter.

BAZELIS a obtenu des résultats sur des varices saignant facilement, arrêtant les hémorragies par des injections phlébosclérosantes.

On peut ajouter qu'il serait bon de recommander ce traitement aux jeunes gens qui ont des varices de gros volume et qui, s'ils n'en souffrent pas encore, se destinent à une existence active, telle que carrière militaire, et ce serait, en particulier, rendre à l'armée (service actif) de nombreux soldats que de les

traiter de bonne heure. Il ne doit, en tout cas, plus y avoir de cause de réforme pour cette affection.

Contre-Indications.

a) Il est des varices auxquelles ce traitement est tout à fait inutile :

— Les varicosités superficielles télangectasiques, dues à la dilatation des capillaires, qui sont trop petites, trop diffuses pour être soumises à un traitement utile, semblant plutôt relever de troubles endocriniens.

— Les varices de la grossesse ou celles dues à une compression pelvienne autre (fibrome, kyste...), et qui disparaissent avec la cause.

b) Il nous a semblé qu'il était une certaine catégorie de varices auxquelles il est prudent de ne pas toucher. On verra plus loin, en lisant nos observations, quelques cas où une seule injection de solution faible de salicylate de soude a provoqué une réaction extrêmement violente au niveau de la veine injectée, avec rougeur vive tout le long de la veine, tuméfaction et douleur, bref le syndrome de phlébite variqueuse obligeant les malades à prendre un repos au lit, parfois prolongé deux ou trois semaines. Il s'agit, dans ce cas, presque toujours, de malades ayant eu plus ou moins fréquemment des poussées de phlébite. Il semble que l'injection réveille comme un microbisme plus ou moins latent et provoque l'apparition d'une phlébite vraie, sinon microbienne,

du moins présentant tous les inconvénients de celle-ci.

Nous croyons devoir insister particulièrement sur ce point, que des poussées de phlébite antérieure sont une contre-indication aux injections, ou du moins qu'elles doivent rendre très prudent et faire prévoir de violentes réactions (Observation XV).

c) Les varices avec infiltration éléphantiasique de la jambe, les injections se trouvant de ce fait impossibles à être pratiquées. Toutefois, ce traitement ne sera que retardé, si l'on voit disparaître l'œdème par une médication appropriée : séjour au lit la jambe haute, physiothérapie, massage.

d) L'état général du sujet peut être une contre-indication. Il est certain que les médicaments proposés dans le traitement des varices n'ont, en somme, une innocuité absolue que sur des sujets sains, car ils sont tous plus ou moins toxiques.

Le biiodure peut être nocif à des sujets dont les reins sont touchés ou dont la dentition est défectueuse. Les sels de quinine sont parfois toxiques. Le salicylate de soude qui, nous le verrons, est à notre avis à ce sujet, le moins dangereux, n'en demande pas moins à être manié avec précaution. Il faut donc être prudent, particulièrement chez les sujets âgés. Il sera utile parfois de vérifier l'élimination rénale du salicylate par exemple et cela, grâce au perchlorure de fer, dont quelques gouttes mélangées à l'urine du malade nous donneront aussitôt une coloration violette intense.

Choix du Médicament.

Ceci dit, quel sel employer ?

Nous l'avons vu, trois sels principaux se partagent la faveur des partisans de la méthode des injections phlébosclérosantes :

Biiodure de mercure,

Chlorhydrate neutre de quinine,

Salicylate de soude.

Ont-ils des avantages particuliers les uns sur les autres ?

Faut-il, comme le prétendait un auteur, choisir le mercure pour les syphilitiques, la quinine pour les paludéens, le salicylate pour les rhumatisants et goutteux ? Cela nous paraît enfantin et ces indications ne méritent pas d'être retenues.

Y a-t-il un sel qui oblitère mieux que les autres ? Nous répondons catégoriquement : non. Au premier abord, cela ne paraît pas démontré, car il est certain que le biiodure, par exemple, a des réactions très violentes, beaucoup plus violentes que le salicylate qui, lui, agit avec beaucoup plus de douceur, ce qui

pourrait laisser supposer que le premier sel possède une efficacité supérieure à celle du deuxième. Mais si l'on compare les résultats, on voit qu'ils sont semblables. Pourquoi alors faire souffrir le malade, pourquoi le menacer d'une immobilisation, ne serait-ce que de quelques jours, quand on peut, avec le salicylate, obtenir le même résultat sans ces petits inconvénients?

Bien plus, d'autres critiques peuvent être adressées à l'égard du mercure et de la quinine.

Le *biiodure* aurait, peut-être, l'avantage d'être plus courant, se trouvant en ampoules dans le commerce et faisant partie de la réserve de tous les médecins. Mais on a signalé, avec cette substance (SICARD, PARAF, LERMOYEZ), la possibilité de réactions phlycténoïdes et ulcéreuses. C'est de plus un médicament toxique, même aux petites doses, ce qui limite le nombre des injections à faire dans une même séance. Nous avons eu l'expérience personnelle, au cours d'essais de ce médicament, de stomatites, de diarrhées, chez des malades cependant traités très prudemment. L'albuminurie, la néphrite est toujours possible. Il ne faut pas oublier non plus la répugnance et les soupçons qu'éprouvent certains malades à l'égard des injections de sels mercuriels.

Quant au *chlorhydrate de quinine*, s'il est peu toxique, il est cependant escharotique, ce qui fait que l'issue de liquide hors de la veine n'est pas sans inconvénients. De plus, on signale (FORESTIER) une réaction assez vive, accompagnée de périveinite né-

cessitant souvent un repos de quelques jours et ne constituant plus ainsi une méthode de traitement ambulatoire.

Par contre, le *salicylate* est d'une innocuité absolue, ce que l'on ne peut affirmer des autres méthodes. Ce sel injecté n'est ni caustique, ni toxique, et l'on reste loin des doses maxima. On connaît les essais de traitement des rhumatismes par injections intraveineuses de salicylate et à des doses que nous sommes loin d'atteindre dans cette méthode. Il sera prudent toutefois d'en vérifier l'élimination dans les urines pour éviter une accumulation.

Nous allons donc, dans la suite de ce travail, étudier le *salicylate de soude* et nous n'aurons que lui en vue.

Les injections de solution de salicylate de soude.

A. — Solution à employer.

La solution qui nous a servi pendant la durée de nos travaux est une *solution de salicylate à 30 %*, répondant à la formule suivante :

Salicylate de soude 1 gr.50

Novocaïne 0 gr. 05

Eau distillée 5 cc.

pour une ampoule stérilisée.

Pratiquant habituellement deux injections de 2 cc. chaque, c'est pour cette raison que nous avons adopté la quantité de 5 cc.

La novocaïne ne se trouve pas dans les solutions des précédents auteurs ; introduite dans la circulation générale, elle n'a aucun effet, même minime ; elle n'a pour but que de diminuer la douleur du spasme que provoque le contact du médicament avec les parois veineuses.

La solution doit avoir une teinte jaune pâle. Si elle est brune, c'est qu'elle a été trop soumise à la stérilisation et mieux vaut, semble-t-il, la laisser de côté. La même coloration peut survenir, par suite d'une exposition prolongée à la lumière ; il sera donc utile de conserver les ampoules à l'abri de la lumière.

Il nous a semblé aussi qu'il était préférable de se servir de solution fraîchement préparée. L'effet des solutions un peu anciennes paraît moins constant et en tout cas moins actif que celui des solutions fraîches.

Certains auteurs (SICARD, PARAF, LERMOYEZ, FORESTIER, MATHIEU) ont préconisé trois solutions : 20, 30 et 40 %, la plus faible pour tâter la susceptibilité du malade, la plus forte pour les cas de grosses varices. Ce luxe nous a semblé inutile, la solution à 30 % nous ayant toujours donné des résultats. Lorsque l'on craint la susceptibilité du sujet, il suffit de faire une simple injection de 2 cc. lors de la première séance, en la poussant lentement, et on peut par contre remédier à une concentration insuffisante en augmentant simplement la quantité injectée.

On verra plus loin que nous n'avons jamais eu, par cette manière de faire, aucun insuccès. Nous croyons au contraire que l'emploi de solutions trop concentrées risque de provoquer des réactions violentes pouvant immobiliser le malade pour quelques jours. A cet inconvénient, minime évidemment, mais non négligeable cependant, il faut ajouter le risque de phénomènes escharotiques en cas d'issue de quelques

gouttes de solution hors de la veine, chose que nous n'avons jamais eu à déplorer avec la solution que nous avons employée.

B. — Instrumentation.

Celle-ci est des plus restreintes et c'est ce qui fait un des principaux avantages de la méthode : une seringue en verre de 2 cc., à piston glissant aisément, une aiguille fine à biseau court, un flacon d'éther ou d'alcool, quelques tampons de coton, un lien constricteur en caoutchouc et une pince. En somme l'instrumentation de toute intraveineuse, opération qu'est appelé à faire journellement tout praticien.

L'aiguille, avons-nous dit, doit très bien piquer ; sinon on repousse la veine au lieu de la ponctionner, ou bien celle-ci, cédant sous la pression qu'il faut exercer, se trouve embrochée de part en part.

C. — Position à donner au malade.

Le sujet est maintenu debout pendant quelques instants pour obtenir la turgescence des varices. Il peut être utile parfois de le faire marcher un peu auparavant. Ceci fait, le malade montant sur un escabeau ou sur l'escalier d'une table à examen va s'asseoir sur celle-ci, les jambes pendantes, les pieds reposant sur l'escabeau si l'on a à injecter des varices de la jambe ; si c'est au niveau de la cuisse, le malade reste debout sur l'escabeau.

Il est inutile de se servir d'un lien constricteur. La pression dans les veines variqueuses est, en effet, considérable et le sang reflue dans la seringue avec violence. Ce lien peut même être préjudiciable pour des veines aux parois déjà fragiles ; toutefois, dans certains cas, lors de trop grosses varices, nous avons remarqué la grande utilité d'un lien placé immédiatement au-dessus du tronçon dont on désire la thrombose. Il favorise la stagnation du liquide injecté dans ce segment veineux et assure ainsi le succès de l'opération. Ce procédé, à notre avis, permet d'éviter l'emploi des solutions fortes dont nous avons parlé plus haut.

Nous faisons asseoir le malade sur une table à examen, pour qu'il puisse s'y étendre comme sur un lit, au cas où il serait pris de crampe douloureuse au moment de l'injection.

Il nous est même arrivé d'observer plusieurs fois des tendances syncopales dues à l'émotion et à l'appréhension, lors des premières séances.

D. — Mode opératoire.

L'opérateur, les mains aseptiques, ayant tout d'abord repéré la veine à injecter, désinfecte la région avec un tampon de coton imbibé d'éther ou d'alcool. Puis la seringue bouillie est chargée de la solution de salicylate à 30 % (2 cc.). La perméabilité de l'aiguille est vérifiée. Celle-ci est alors enfoncée obliquement dans la peau, juste à côté de la veine qui

est percée sur sa paroi latérale, d'un coup sec mais précis, fournissant au doigt de l'opérateur une sensation que celui-ci arrive vite à reconnaître. On est du reste averti de la pénétration de l'aiguille dans la veine par l'afflux immédiat du sang dans la seringue. Ceci étant fait, et après s'être assuré que le vaisseau n'a pas été embroché de part en part, auquel cas on verrait se former une boule due à l'épanchement sanguin, l'opérateur pousse rapidement, mais sans violence, le contenu de la seringue.

La rapidité d'injection des solutions doit d'ailleurs varier avec le calibre de la varice ; celle-ci est-elle de gros calibre, il faut que la solution de salicylate arrive pour ainsi dire en bloc dans la veine, afin qu'elle n'ait pas le temps d'être par trop diluée par le sang circulant. A-t-on affaire, par contre, à une veine de petit calibre, il faut injecter lentement ; on diminue ainsi le taux de la solution et, par conséquent, les risques d'une réaction trop violente des parois veineuses.

Il est bon, au moment de l'injection, de surveiller l'apparition de toute boule d'œdème anormal indiquant que le biseau de l'aiguille ne se trouve plus dans la lumière du vaisseau et que, par suite, le liquide injecté fuse dans le tissu cellulaire sous-cutané, auquel cas, il est prudent d'interrompre l'injection. Celle-ci étant terminée, l'aiguille est maintenue encore en place quelques secondes, pour éviter le reflux du liquide, de la veine dans le tissu cellulaire sous-cutané par le petit pertuis créé par l'aiguille. Puis, un tampon maintenu sur l'orifice de ponction et compri-

mant la région, l'aiguille est retirée d'un seul coup et la jambe mise en extension. La compression est maintenue pendant quelques minutes, pour assurer l'obturation du pertuis. Le malade peut ensuite retourner à ses occupations.

Nous faisons habituellement deux injections par séance, soit 4 cc. Les séances peuvent être elles-mêmes répétées tous les deux ou trois jours.

Il n'y a, de plus, aucun inconvénient à faire plusieurs injections le même jour, en des veines différentes, dans le cas où, par exemple, la durée du traitement devrait être écourtée.

Effets immédiats.

Il nous est arrivé parfois de voir, lors des premières séances, et par suite de l'appréhension ou de la pusillanimité de certains sujets, une tendance syncopale. Il suffit alors de faire étendre le patient pendant quelques instants pour voir disparaître les phénomènes. Il n'y a, en somme, AUCUN ACCIDENT GÉNÉRAL A REDOUTER.

LOCALEMENT, c'est une crampe qui se manifeste, le plus souvent réduite à des fourmillements, à irradiations ascendantes ou descendantes, pouvant gagner tout le membre inférieur, s'accompagnant de vasoconstriction locale et d'horripilation. Ces phénomènes sont plus ou moins vifs, mais toujours supportables et semblent plus en rapport avec les réactions propres de chaque sujet. Ils apparaissent au cours de l'injection, pour disparaître deux ou trois minutes après celle-ci.

Il nous faut cependant signaler un cas où l'injection de quelques gouttes seulement de la solution dans la veine a provoqué une réaction douloureuse d'une intensité telle que l'opération dût être interrompue. Le phénomène s'est produit deux fois chez la même

malade. A quoi faut-il l'attribuer ? Nous l'ignorons ; c'est, en tout cas, chose très rare.

Il ne faut pas confondre cette crampe avec la douleur qui peut succéder à l'irruption du liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané, par suite d'une erreur. Dans ce cas, c'est une sensation de cuisson, de véritable brûlure, qui survient au point d'injection, mais que tout praticien averti peut éviter. Les inconvénients qui peuvent en résulter sont minimes. Un peu de douleur, de rougeur, d'œdème, de gêne à la marche, pendant un jour ou deux, et tout rentre dans l'ordre ; *jamais nous n'avons vu survenir d'escharres.*

Effets secondaires.

Il n'y en a qu'un seul, en vérité : *la suppression anatomique et fonctionnelle de la varice*, sans troubles vasculaires.

Dès le lendemain de l'injection, commence en effet un processus d'endoveinite à tendance oblitérante. On constate tout d'abord une saillie passagère de la varice. Puis, la veine commence à durcir et l'oblitération est en général complète vers le cinquième jour. Ce processus s'étend en moyenne sur une longueur de 10 centimètres pour chaque injection. Le sujet conserve, pendant quelque temps, un cordon dur, légèrement sensible à la pression, mais non douloureux spontanément. Puis, en un mois, on assiste à une évolution progressive : le cordon dur s'atrophie peu à peu et finit par disparaître à la vue. Il faut même, parfois, une palpation méthodique pour découvrir le reliquat de l'ancienne varice.

Il arrive quelquefois, et c'est uniquement le cas de très grosses varices, que l'effet thrombosant d'une injection soit nul. C'est dans ce cas que nous recommandons l'usage du lien constricteur au-dessus du

tronçon à injecter. Cependant, dès la première piqûre, on note déjà une diminution du volume de la veine. Il peut être utile également d'augmenter la quantité de solution injectée.

Dans d'autres cas, au contraire, c'est une exagération de la réaction locale qui se produit et notre malade de l'observation I en est un beau type. C'est qu'il y a de la périveinite en plus de l'endoveinite. Les jours qui suivent l'injection, le malade se plaint de sensation de cuisson sur tout le trajet de la varice injectée ; celle-ci est dure, la peau qui la recouvre est œdémateuse, rosée, douloureuse à la pression et spontanément ; la marche en est gênée. Mais avec du repos et des compresses humides, tous ces phénomènes disparaissent en quelques jours et il n'y a pas lieu de s'en alarmer ; bien au contraire, la guérison n'en sera que plus complète et la durée de la cure écourtée. Nous n'avons jamais noté d'accidents ; notamment, *jamais de migrations emboliques*, jamais non plus de réaction générale (voir page 22).

Tel est l'effet sur les varices elles-mêmes.

Il n'est pas moins intéressant sur les complications mêmes des varices.

Nous avons en particulier assisté à des améliorations sensibles et même à des guérisons de dermites variqueuses jusque-là rebelles à tout traitement. L'effet est même rapide : très souvent, dès le lendemain d'une injection, le malade voit une atténuation ou même une diminution totale du prurit ; celle-ci ne se produit que dans le territoire de la varice traitée, alors que les autres régions continuent à être

prurigineuses. Avec la diminution du prurit s'observe, mais beaucoup plus lentement, la diminution de la rougeur et du suintement. La guérison totale, avouons-le, est lente à survenir.

L'effet est moins net et en tout cas plus long à se produire sur les ulcères compliquant les varices.

Enfin, tous les malades sont unanimes à dire que la gêne fonctionnelle que provoquaient leurs varices a disparu rapidement dès les premières injections. La jambe est moins lourde, la station debout prolongée devient possible. Les crampes et les fourmillements nocturnes disparaissent ; enfin, l'œdème de la fatigue ne se produit plus.

Observations.

OBSERVATION I

Diagnostic : Varices volumineuses de la jambe gauche.

M. J... Gabriel, 22 ans, typographe, vient consulter à l'hôpital le 1^{er} avril 1925.

Père mort d'angine de poitrine ; mère bien portante ; trois frères et deux sœurs en bonne santé. A eu la rougeole à 7 ans ; ictère il y a trois ans.

Les varices apparaissent en 1921 à la jambe gauche.

Pris service armé, mais inapte à la cavalerie. Ses varices ne l'ayant jamais gêné, refuse une opération proposée pendant son séjour au régiment. Depuis sa libération, celles-ci augmentent de volume. Actuellement, le malade présente de grosses varices, à gauche, sur le trajet de la saphène interne, commençant au-dessus de la malléole interne, s'arrêtant à mi-cuisse. Plusieurs gros paquets variqueux : face inféro-interne du genou, tiers inféro-interne de la cuisse, jamais d'ulcères. Léger œdème malléolaire, pas de prurit, aucune gêne à la marche.

Mais le malade désirant rentrer au P.-L.-M. s'est vu refuser la place, étant donné son infirmité. Et il vient pour demander un traitement.

Traitement : le 1^{er} avril 1925.* — Trois injections de la solution de salicylate à 30 %, de 2 cc. chacune, étagées sur la S. I. ; la première au-dessus de la malléole, les deux au-

tres à la jambe, espacées de 15 centimètres. Aucun incident.

4 avril. — On revoit le malade, qui a souffert beaucoup dit-il durant les deux jours qui ont suivi ces premières injections. N' a cependant pas interrompu son travail. A l'examen, on note une périvénite assez accusée sur tout le trajet de la S. I. A ce niveau, le membre est rosé, œdémateux, légèrement douloureux à la palpation. On conseille du repos et des compresses humides chaudes. Doit revenir dans 4 jours.

8 avril. — Le malade est revu et va beaucoup mieux ; malgré notre conseil, il n'a cependant pas interrompu son travail. Il persiste encore un peu de douleur provoquée sur tout le territoire malade, mais la veine, sur toute sa longueur, est sclérosée.

On laisse encore reposer cette jambe et le malade étant pressé, on lui fait une piqûre à la jambe droite, face inféro-interne du genou, où se montre une petite varice.

10 avril. — La varice de la jambe droite est sclérosée. La jambe gauche est redevenue normale; la S. I. de ce côté est entièrement sclérosée. On complète la guérison par deux nouvelles injections dans des veines afférentes.

16 avril. — Aucun incident. Deux autres piqûres.

18 avril. — Une dernière piqûre.

Le malade est guéri et nous quitte très satisfait.

EN RÉSUMÉ. — 9 injections. Durée : 18 jours. Varices totalement sclérosées. Ce jeune homme est revu par la suite. Résultat durable. A pu rentrer au P.-L.-M.

OBSERVATION II

DIAGNOSTIC : *Varices énormes des deux membres inférieurs.*

Mme V., Alphonsine, 52 ans, ménagère.

La malade a, depuis l'âge de 25 ans, des varices énormes au niveau des deux jambes et de la cuisse gauche.

A 25 ans, phlébite à droite, qui dura trois mois.

N'a jamais eu d'ulcères, ni de dermite, mais quelquefois des lésions purpuriques.

La malade a déjà reçu avant ce jour où nous la voyons, 10 décembre 1924, quatre séries de deux piqûres de la solution de salicylate de soude à 30 %, rien qu'à la jambe droite (Docteur Pillon).

10 décembre 1924. — Les varices de la jambe droite sont entièrement sclérosées.

On commence le traitement à gauche : deux injections sont faites à la moitié inférieure de la jambe. Aucun incident.

19 janvier. — La malade revient enchantée. Les jambes sont moins lourdes et n'enflent plus.

On fait deux injections dans des varices volumineuses de la cuisse gauche. Quelques fourmillements.

18 février. — La malade continue à aller beaucoup mieux. Il persiste quelques varices. 2 injections sont faites, l'une à la partie moyenne de la jambe, l'autre sous-rotulienne.

21 mars. — On revoit la malade, très satisfaite, car, dit-elle, elle peut vaquer à ses occupations sans fatigue. Mais ayant remarqué l'apparition de 2 nouvelles petites varices, elle vient réclamer des « piqûres ». Une injection est faite à la partie supérieure du mollet suivie d'une crampe passagère, une autre dans la communicante à la cuisse.

La malade n'est plus revue.

EN RÉSUMÉ. — 16 injections. Durée : 2 mois. Sclérose totale des varices. Disparition des troubles fonctionnels.

OBSERVATION III

Diagnostic : Volumineuses varices et ulcères de la jambe gauche. — Quelques varices à droite.

M. S..., Emile, 30 ans, manoeuvre, entre à l'hôpital, le 2 février 1925.

Dans les antécédents héréditaires on relève seulement des varices chez la mère.

Début des varices à l'âge de 16 ans, qui ont commencé à s'ulcérer à 20 ans. L'ulcère a été traité plusieurs fois mais il y a eu de nombreuses récidives.

Pris service auxiliaire en 1914, puis service armé.

A contracté la syphilis pendant la guerre. Soigné régulièrement.

A l'entrée à l'hôpital le malade présente de volumineuses varices de toute la jambe gauche, remontant jusqu'à mi-cuisse. Quelques varices à droite, face interne du mollet. Il se plaint d'être énormément gêné dans son travail.

En plus, trois ulcères de la taille d'une pièce de 0 fr. 50, siégeant à la partie moyenne de la jambe, face antéro-interne, occupant les 3 sommets d'un triangle de 4 centimètres de côté, à contours arrondis et à bords taillés à pic. Tout autour une zone pigmentée et violacée de la dimension d'une main.

On commence un traitement au Néo (3 injections, 0,15, 0,30, 0,45) mais le malade tolérant mal l'arséno-benzol on lui substitue un traitement bismuthé, jusqu'au 17 mars 1925. Le malade reçoit alors 6 injections de muthanol à 0,15.

A cette date, on ne note aucune amélioration au niveau des plaies. On entreprend alors le traitement des varices par les injections intravariqueuses de salicylate de soude en solution à 30 %.

17 mars 1925 : première injection de 2 cc., au-dessus de la malléole int. Crampe passagère avec sensation de fourmillements au niveau du pied.

19 mars : 3 injections au niveau du mollet. Pas de crampe, mais des fourmillements à chaque injection. Une quatrième piqûre nous paraissant se faire dans le tissu cellulaire sous-cutané, on arrête. Il a été injecté environ 1/2 cc.

Le malade éprouve une cuisson assez vive à ce niveau. On lui conseille de mettre le soir des compresses humides.

21 mars : La piqûre interrompue, la fois précédente, a été un peu douloureuse le premier jour. Il persiste un peu de réaction inflammatoire mais le malade ne semble pas énormément gêné. 3 nouvelles injections suivies toujours de fourmillements.

Les ulcères sont cicatrisés tous les 3. Il persiste encore une croûte à leur niveau et tout autour un placard érythémato-squameux.

23 mars : 2 nouvelles injections, l'une sous-rotulienne, l'autre au niveau de la S. I., face int. du genou.

20 mars : L'injection sous-rotulienne a été douloureuse pendant 2 jours. 2 piqûres ont été faites, au-dessus et au-dessous de la malléole externe.

Une première injection à droite, face inféro-int. de la jambe.

28 mars : 2 injections à droite, au niveau de la S. I., sous le genou et au-dessus du genou. Une 3^e à droite.

A cette date le malade demande à sortir de l'hôpital pour travailler mais continue son traitement.

31 mars : Le malade dit avoir beaucoup marché depuis sa sortie et sans fatigue. La pigmentation au niveau de la zone cicatrisée a notablement pâli et est moins étendue. On fait 3 nouvelles injections, une à gauche, face int. du mollet, 2 à droite sous-rotuliennes, avec une solution fraîchement préparée qui semble provoquer une réaction momentanée plus intense : 2 crampes assez douloureuses, mais passagères.

2 avril : 2 injections à droite, face int. du mollet, une à gauche dans une grosse ampoule de la saphène interne, partie moyenne de la cuisse.

4 avril : Les piqûres faites à la jambe droite ont amené la sclérose presque totale des varices. Il en persiste une légère à la face postérieure du mollet : une injection est faite à ce niveau.

A gauche : 2 nouvelles injections face postérieure du genou. Celle faite lors de la dernière séance au niveau de la S. I. à la cuisse n'a donné aucun résultat. Une nouvelle est faite à ce niveau en mettant un lien de caoutchouc que l'on laisse en place une minute.

8 avril : Les varices de la jambe droite sont entièrement sclérosées. L'injection pratiquée avec lien, la séance précédente, n'a pas donné de meilleur résultat. On la renouvelle avec lien en injectant 4 cc.

21 avril : L'ampoule s'est un peu affaissée, mais pas de sclérose. Sur les conseils de M. le Docteur Pillon, on essaye 2 cc. de biiodure qui aboutissent à un résultat. Toutes les autres veines sont sclérosées.

Le malade qui fait actuellement un travail de nuit n'accuse aucune fatigue et se trouve enchanté de son traitement. Il serait venu depuis longtemps, dit-il, s'il avait su. Il nous

adressa, du reste, par la suite, deux malades qui subirent le même traitement.

En résumé : 25 injections. — Durée : 35 jours, sclérose complète des varices; cicatrisation des ulcères ; travail redevenu possible.

OBSERVATION IV

Diagnostic : Varices des 2 jambes, surtout à droite. — Ulcères variqueux de la jambe droite.

Mme C... Julie, 58 ans, journalière, vient consulter pour ses ulcères et rentre à l'hôpital le 27 février 1925.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel, la malade nie la syphilis, n'a jamais présenté aucune éruption, ni autre accident secondaire.

Mariée à 22 ans, a eu 6 enfants en bonne santé actuellement.

Varices depuis l'âge de 20 ans ; celles-ci peu accentuées tout d'abord, augmentèrent peu à peu de volume, surtout au moment des différentes grossesses.

A la jambe gauche : N'a jamais présenté aucun accident important. A plusieurs reprises cependant, excoriations traumatiques ou ruptures variqueuses qui guérissent très rapidement.

A la jambe droite, au contraire, depuis 20 ans, ulcères variqueux à répétition se développant à la faveur des moindres traumatismes et de la fatigue à laquelle la malade est astreinte par son métier. On peut aussi noter :

Un premier accident, il y a 20 ans, à la suite de l'ablation des bas à varices que porte la malade : ulcère assez superficiel dont la guérison se produisit assez rapidement par repos et pansements. En 1914, nouvel ulcère.

En 1916, formation de deux larges ulcères, très creusés et atones ; la malade raconte qu'il se produisit une hémorragie abondante au niveau de l'un d'eux. Malgré le repos et les pansements répétés, la cicatrisation n'arrivant pas à se former, elle entre en 1921, à l'Antiquaille dans le service de M. le Professeur Nicolas et en sort au bout de 2 mois, cicatrisée.

L'accident actuel remonte au mois de janvier. En enlevant son bas à varices, la malade arrache un large lambeau épidermique en 2 points différents, il se développe à la suite 2 ulcères atones dont on peut constater les caractères à l'entrée à l'hôpital.

On constate :

1° A la partie antéro-int. du cou-de-pied droit une vaste ulcération à forme un peu ovale, mesurant 6 centimètres de haut sur 5 de large.

2° A la partie infér. de la même jambe, au niveau du bord antérieur et à 3 centimètres au-dessus de la première, une deuxième ulcération de 3 centimètres de haut sur 4 de large.

Ces deux ulcérations ont des bords calleux, un fond atone, creusé, violacé, non bourgeonnant, sans tendance à la cicatrisation. Tout autour des ulcères et les débordant très largement une vaste zone pigmentée violacée, à peau amincie. En outre, on peut constater :

Des varices des membres infér. surtout volumineuses au niveau des jambes, en particulier à droite.

Pas d'albumine.

Les ulcérations étant très enflammées la malade est d'abord soumise au repos, durant 15 jours, avec des pansements humides, puis on entreprend le traitement phlébosclérosant.

15 mars 1925 : 2 injections de 1 cc. dans 2 ampoules variqueuses rapprochées de l'ulcération inférieure. La malade ne ressent rien d'anormal et regagne la salle à pied.

16 mars 1925 : Aucune modification notable au niveau des premières injections. 2 nouvelles piqûres en des points différents, de 2 cc. chaque, cette fois-ci. Mais on arrête la séance, la malade se sentant prise de malaise dû simplement à l'appréhension et à l'odeur d'éther de la salle de pansement.

19 mars : Les veines injectées, lors de la séance précédente, sont dures ; 2 nouvelles injections.

21 mars : 2 autres au niveau du mollet.

23 mars : Légère réaction (une journée) au niveau des dernières injections. On laisse reposer la jambe droite. 2 injections à gauche dans la saphène int. au-dessous du mollet.

26 mars : 2 nouvelles piqûres à gauche, en attaquant les veines du bas vers le haut. La deuxième a été un peu douloureuse.

31 mars : On reprend la jambe droite. 2 injections sur la face int. La solution employée ce jour-là fraîchement préparée semble donner une réaction immédiate beaucoup plus intense, mais momentanée.

2 avril : Une dernière injection à la jambe gauche dont les varices sont sclérosées. De même à droite. Les ulcères sont en bonne voie de guérison ; la surface ulcérée a déjà diminué de moitié.

La malade à cette époque, sur sa demande, sort de l'hôpital.

21 avril : On revoit la malade. Les varices sont entièrement sclérosées, mais il persiste encore les deux ulcérations (pièce de 1 fr.). La malade s'est beaucoup fatiguée durant son absence ; pansements au vin aromatique.

En résumé : 15 injections. — Durée : 18 jours. Varices totalement sclérosées. Amélioration notable des ulcères.

OBSERVATION V

Diagnostic : Varices des jambes très marquées. — Ulcères de la face antérieure de la jambe droite.

M. G... François, 63 ans, entre à l'hôpital, le 26 septembre 1924.

Les varices datent de l'adolescence ; il fut versé dans le service auxiliaire à cause des varices de la jambe droite. Il y a 20 ans, ulcère à la suite d'un choc à la jambe ; cicatrisations et réapparitions successives.

Depuis 9 mois, ulcère de la face int. de la partie moyenne de la jambe droite: 6 centimètres de haut sur 3 de large. Tout autour, peau dure violacée et pigmentée ; la pigmentation remonte jusqu'au genou. Adénite inguinale droite.

Nie la syphilis. N'a pas eu de chancre, ni d'éruption. Pas de troubles réflexes. La jambe gauche est sillonnée d'énormes serpents variqueux avec dermite pigmentée, sans ulcère.

26 septembre 1924 : Injections en 3 points différents à droite, dans des varices sous-jacentes à l'ulcère, de 6 cc. de la solution de salicyclate de soude à 30 %. Pas de douleur pendant et après.

30 septembre: une injection à chaque jambe.

2 octobre : 2 injections à la jambe gauche.

14 octobre: l'ulcère va mieux: les varices de la jambe gauche sont sclérosées. Une injection de 2 cc. $\frac{1}{2}$ est faite à la partie supéro-int. de la jambe droite où se trouve une ampoule assez volumineuse.

20 octobre: Il reste à la jambe gauche, 2 veines souples, l'une au pied, l'autre au creux poplité. 2 piqûres sont pratiquées à ce niveau.

A droite l'ulcère est en bonne voie de cicatrisation.

25 octobre: une injection dans une veine de la cuisse droite.

4 novembre: une dernière injection dans une ampoule sus-jacente.

L'ulcère est cicatrisé.

Le malade quitte l'hôpital et n'est plus revu.

En résumé: 11 injections. — Durée: 40 jours. Thrombose des varices et cicatrisation de l'ulcère.

OBSERVATION VI

Diagnostic: Varices de la jambe gauche avec cicatrices pigmentées d'un ancien ulcère variqueux.

Madame G..., Claudine, 45 ans, arrive à la consultation le 13 novembre 1924.

Varices anciennes dont la malade ne connaît pas la date d'apparition et ne s'accompagnant d'aucun trouble jusqu'à ces dernières années.

Il y a 6 ans, consécutivement à un traumatisme, apparaissait une plaie à la partie inféro-externe de la jambe gauche, et qui nécessite un repos de trois mois.

Depuis augmentation du volume des varices et apparition de troubles subjectifs: picotements et démangeaisons.

Il persiste à la place de la plaie une cicatrice entourée d'un placard érythémato-squameux très prurigineux.

13 novembre 1924: 2 injections intravariqueuses de salicylate de soude à 30 % dans 2 varices du pied. Aucun incident.

21 novembre: Les varices injectées sont bouchées, mais aucune amélioration notable des troubles subjectifs.

Une injection est faite au-dessus du placard, une autre en dessous, dans une veine qui disparaît sous lui.

28 novembre: 2 nouvelles piqûres. De même les 2 et 10 décembre.

3 janvier: La malade revient nous voir. Plus de varices. Elle dit être considérablement améliorée. Elle peut mettre des bottines, alors que celles-ci lui donnaient autrefois des douleurs intolérables. Plus de gonflement le soir, du pied ni de la jambe qui, dit-elle, enflaient auparavant au point de faire un gros bourrelet sus-malléolaire après le port des chaussures; plus de démangeaisons le soir en se déshabillant.

En résumé: 10 injections. — Durée: 1 mois. Sclérose totale des varices. — Disparition de l'œdème et du prurit.

OBSERVATION VII

Diagnostic: Varices des deux jambes. Ulcère cicatrisé de la jambe droite.

Madame C... Marguerite, 36 ans, vient à la consultation le 31 mars 1925.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux; 4 enfants en bonne santé. Deux fausses couches, la première datant de 8 ans, la deuxième de 2 ans. Jamais de phlébite. Il y a 3 ans, contracte la syphilis mais ne se fait traiter que tardivement.

Les varices, aux 2 jambes, datent de 11 ans; on note de volumineuses ampoules à la face interne des cuisses. Il y a 4 ans, ulcère à la jambe droite au-dessus de la malléole interne et dont il persiste une cicatrice pigmentée des dimensions d'une pièce de 5 francs. Pas de prurit; la malade se plaint surtout de l'œdème, et de la fatigue qu'elle ressent tous les soirs.

On entreprend le jour même le traitement et deux injections de 2 cc. chacune sont faites, l'une au niveau du coup,

de pied droit, l'autre à la partie inférieure de la face interne de la même jambe. La malade éprouve à chaque piqûre une légère sensation de brûlure qui disparaît au bout de 2 minutes.

3 avril: Les premières injections ont provoqué l'après-midi une légère réaction locale. Actuellement, les veines à ce niveau sont déjà transformées en cordons durs. Deux nouvelles injections distantes de 10 centimètres, sont pratiquées à la face antérieure de la jambe gauche.

6 avril: La malade nous raconte que la veille elle s'était vue obligée de parcourir à pied une distance de 6 kilomètres et cela sans aucune fatigue, ce qu'elle n'avait pu faire depuis bien longtemps. On fait une piqûre dans une petite varice de la face externe de la jambe, en imminence d'ulcération. Une autre injection est poussée dans une grosse ampoule de la partie inféro-interne de la cuisse gauche.

16 avril: Deux nouvelles piqûres, une à droite à la face interne de la jambe, une à gauche à la cuisse.

18 avril: Nouvelle piqûre à droite. A gauche, les deux injections précédemment faites à la cuisse n'ont donné aucun résultat. On fait alors une injection de 4 cc., sans lien; aucune réaction momentanée.

23 avril: A gauche, l'ampoule variqueuse injectée s'est notablement affaissée, mais n'est pas sclérosée. Une injection est faite à la jambe gauche, trois autres à la jambe droite.

25 avril: Nouvelle piqûre de 4 cc. dans une deuxième ampoule de la cuisse gauche, sans lien. Une autre de 2 cc. à droite.

30 avril: Les varices de la jambe droite sont sclérosées. A gauche il ne persiste à la cuisse que les ampoules déjà traitées sans grand résultat. On fait à ce niveau une injection de 4 cc. en laissant en place une minute un lien constricteur.

2 mai: La dernière injection a cette fois-ci donné un heureux résultat, sans réaction de la malade.

Le traitement est terminé. La malade dès les premières injections a vu disparaître ses œdèmes et peut actuellement faire son ménage sans fatigue. Elle nous quitte très satisfaite du traitement. 17 injections ont été pratiquées. — Durée du traitement: 1 mois.

OBSERVATION VIII

Diagnostic: Varices des jambes. Ulcère de la jambe gauche.

Monsieur D..., Félix, 37 ans, revient se montrer à nous à la consultation, le 21 mars 1925.

Il y a 6 mois il a suivi dans le service un traitement par injections phlébosclérosantes de salicylate de soude.

Il présentait à cette époque de volumineuses varices aux 2 jambes et un ulcère des dimensions d'une pièce d'un franc à la partie interne et inférieure de la jambe gauche. Cet ulcère était apparu secondairement à une brûlure étendue du 3^e degré, survenue en 1915, occasionnée par du chlorate de potasse que le malade portait dans la poche de son pantalon dans un but préventif contre la diphtérie, et dont il persiste une cicatrice à mi-cuisse, de la largeur de 2 paumes de mains.

Les deux jambes ont été traitées chacune par une dizaine d'injections de salicylate.

Actuellement les varices sont bouchées. On perçoit difficilement les cordons fibreux qui résultent du traitement. L'ulcère s'est cicatrisé, dit le malade, en 15 jours par de simples applications de pansements humides. Il persiste encore à ce niveau une plaque de dermite, mais le malade, depuis 6 mois, fait, sans gêne aucune, un travail nécessitant la station debout durant toute la journée: contrôleur dans les Usines Berliet.

En résumé: 20 injections. — Sclérose durable des varices. L'ulcère cicatrisé n'a pas réapparu malgré un travail fatigant.

OBSERVATION IX

Diagnostic: Volumineuses varices et ulcères variqueux de la jambe gauche.

Monsieur C... Claudius, 45 ans, manoeuvre, vient consulter le 24 octobre 1924.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Phlé-

bite en 1916. Pas de signes de syphilis. Les varices, en gros paquets, ont débuté il y a 10 ans.

Depuis 1916, est apparu une dermite pigmentaire qui a commencé par le bas de la jambe.

Le malade présente 3 ulcérations, de la dimension d'une pièce de deux francs, échelonnées dans le sens de la hauteur; bords irréguliers, non décollés; fond atone, infiltré; rougeur périphérique diffuse.

Ces ulcérations sont apparues, il y a 2 mois. Jusqu'à ce jour, le malade a été traité par des pansements humides et au vin aromatique, sans résultats. Œdème et prurit intense. On l'hospitalise.

Traitement :

Le 25 octobre 1924: 2 injections de salicylate au-dessus de la malléole interne dans des varices siégeant au-dessous des plaies. Quelques fourmillements. Pansement sec des ulcères sans pommades adjuvantes.

28 octobre: Les veines injectées ont disparu; la rougeur a diminué ainsi que le prurit et l'œdème. Les deux ulcérations inférieures sont presque entièrement cicatrisées.

Deux autres injections à mi-jambe.

31 octobre: Deux ulcérations sur 3 de fermées; plus de prurit ni d'œdème; il persiste encore un peu d'érythème. 2 nouvelles piqûres.

5 novembre: La dernière plaie est entièrement cicatrisée. La pigmentation a beaucoup pâli. Deux nouvelles injections intra-variqueuses. Après la deuxième, crampe très douloureuse mais passagère de la jambe.

8 novembre: La cicatrisation des plaies se maintient. Les veines injectées sont en bonne voie de sclérose. Il persiste encore un paquet variqueux à la face interne, du genou. Mais le malade, satisfait, demande à sortir de l'hôpital et n'est plus revu.

En résumé: 8 injections. — Durée: 15 jours. Varices partiellement sclérosées. Le traitement semble avoir nettement influencé la cicatrisation des plaies et a atténué la pigmentation et le prurit.

OBSERVATION X

Diagnostic: Varices des membres inférieurs. Dermite eczématiforme de la jambe droite.

Monsieur S..., Pierre, 39 ans, entre à l'hôpital le 3 octobre 1924.

Varices des membres inférieurs, datant de l'âge de 12 ans. Fut réformé pour ce motif.

Depuis 2 mois, placard de dermite eczématiforme sur la face antér. de la jambe droite des dimensions d'une paume de main. Autre placard, plus petit, à la face interne du cou-de-pied, des dimensions d'une pièce de 5 fr..

Dermite très prurigineuse, rouge et suintante.

3 octobre 1924: on fait à la jambe droite qui présente d'énormes serpents variqueux, 3 injections de 3 cc. de solution à 30 % de salicylate.

La dermite est pansée à sec.

6 octobre: 2 injections au niveau du 1/3 inférieur de la jambe droite.

8 octobre: 2 injections à la jambe gauche.

14 octobre: 2 autres de 2 cc. $\frac{1}{2}$ à la même jambe.

La dermite est en bonne voie de guérison.

15 octobre: 2 injections à gauche.

20 octobre: une injection à droite, partie sup.-int. de la jambe.

Le malade non complètement traité, sort de l'hôpital, de son propre vouloir.

10 mars 1925: Le malade revient nous voir. Il avait guéri complètement, dit-il, de son placard de dermite.

Celui-ci est réapparu il y a une huitaine de jours, placard de la largeur d'une paume de main, rouge squameux, avec quelques petits îlots suintants. Prurit accentué.

Les varices sont presque complètement disparues. Il n'en reste plus que quelques-unes très discrètes.

Le malade est enchanté. On se contente de faire un traitement local du placard erythémateux.

En résumé: 12 injections. — Durée: 15 jours. Traitement incomplet. Sclérose partielle des varices. Amélioration de la dermite.

OBSERVATION XI

Diagnostic: Varices des deux jambes. Ulcères variqueux de la jambe gauche.

Madame F..., 46 ans, cartonnrière, vient consulter le 21 avril 1925.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Mariée, sans enfant, elle eût une fausse-couche en 1910 à la suite de laquelle elle subit une hystérectomie totale. Des varices apparaissent à cette époque aux deux jambes. Les ulcères de la jambe gauche, au nombre de trois, datent de six mois. Deux d'entre eux, présentant les dimensions d'une pièce de 5 francs, siègent l'un au-dessus de la malléole externe, l'autre sur la face antérieure du tibia à la partie moyenne; le troisième, plus petit, se trouve à la face interne du mollet; ils reposent tous trois sur un placard de dermite étendu et suintant.

La malade exerçant une profession qui nécessite la station debout prolongée, se plaint vivement de ses jambes. Elle est obligée de s'asseoir plusieurs fois dans la journée. Le soir ses jambes sont enflées, douloureuses; le prurit est intense.

21 avril: Une injection à gauche dans la varice la plus inférieure de la face interne de la jambe, au-dessous d'un ulcère; une autre à la jambe droite, sur la face interne. Quelques fourmillements accompagnent ces piqûres.

23 avril: A gauche la varice injectée est dure. On fait une autre piqûre 15 centimètres plus haut; celle-ci est suivie d'une douleur assez vive mais passagère.

A droite l'injection précédente ne semble pas avoir donné de résultat. Les varices à ce niveau sont volumineuses. On répète l'injection en se servant d'un lien constricteur. Troisième piqûre sur la face postérieure du mollet droit.

25 avril: Les varices de la jambe droite sont sclérosées. Une piqûre est faite à la cuisse du même côté. A la jambe gauche les ulcères sont déjà en voie de cicatrisation. Deuxième piqûre à la cuisse gauche.

30 avril: La malade revient enchantée. A droite, les varices sont entièrement sclérosées. A gauche, un ulcère est déjà cicatrisé. La malade souffre beaucoup moins de ses jambes, l'œdème a diminué, le prurit est moins intense.

Deux nouvelles piqûres à droite.

La malade devait revenir trois jours après, mais n'est plus revue.

En résumé: La malade interrompt elle-même le traitement, après 9 injections. Sclérose partielle des varices. Amélioration des ulcères. Disparition des troubles fonctionnels.

OBSERVATION XII

Diagnostic: Grosses varices des deux jambes. Dermite variqueuse de la jambe gauche.

Monsieur R... Clément, 71 ans, revient pour la deuxième fois dans le service de Monsieur le Professeur Nicolas, le 25 novembre 1924.

Sans antécédents, le malade présente actuellement et depuis l'âge de 35 ans, des varices aux deux jambes. A la jambe gauche, une dermite avec desquamation et pigmentation, sur l'étendue de plus d'une main, datant d'avant la guerre, avec des périodes de guérison et de récurrence, ayant déjà motivé une première fois son admission dans le service.

Le malade qui porte des bas à varices se plaint beaucoup de ses jambes: œdème, pesanteur, crampes, prurit, surtout marqués le soir.

25 novembre: on lui fait deux injections à la jambe droite.

2 décembre: Deux injections à la jambe gauche.

10 décembre: Le malade revient déjà très amélioré. L'œdème a diminué. Le placard de dermite également. Le prurit seul persiste. Deux nouvelles injections à gauche.

Les 18 et 27 décembre, 12 et 25 janvier, nous répétons alternativement dans une jambe et dans l'autre ces injections.

16 février: le malade revient enchanté car sa dermite a

disparu. Le prurit qui a beaucoup diminué d'intensité persistera néanmoins jusqu'à la fin. Le malade ne porte plus de bas élastiques.

Deux dernières injections à la jambe gauche.

4 mars: A gauche, varices et dermite ont disparu. Il persiste sur le pied droit quelques petites varices; on tente une injection qui échoue. Le malade n'est plus revu.

En résumé : 16 injections. — Durée 3 mois. Disparition des varices et de la dermite.

OBSERVATION XIII

(due à l'obligeance de Monsieur le Docteur PILLON)

Diagnostic: Varices et dermite de la jambe droite.

Mademoiselle P..., vient consulter le 17 juillet 1924 pour dermite de la jambe droite.

A eu antérieurement, pendant plusieurs années, des poussées d'eczéma séborrhéique généralisé. Les symptômes de dermite qu'elle présente à la jambe droite sont le reliquat de ces poussées généralisées. Il s'agit de placards disséminés sur la jambe et particulièrement accentués au niveau du creux poplité. Ces placards sont rosés, finement squameux; au niveau du creux poplité la peau est fortement épaissie et lichénifiée. Sur le reste du corps on ne voit que quelques traces assez vagues d'eczéma. Rien au niveau du membre inférieur gauche.

Cette prédominance et cette persistance des lésions à la jambe droite semble pouvoir s'expliquer par un état variqueux très sérieux. Tandis que le membre inférieur gauche est indemne de toutes varices, la jambe et la cuisse droites sont sillonnées d'énormes veines variqueuses. La malade d'ailleurs qui exerce la pénible profession d'infirmière se plaint que sa jambe est lourde, qu'elle est douloureuse la nuit et qu'elle enfle le soir. On constate en effet un degré accentué d'œdème occupant tout le tiers inférieur de la jambe.

On se contente de conseiller des soins locaux et de formuler une pommade calmante.

Le 11 septembre, la malade est revue. Ce qui existait en tant qu'eczéma vrai de la jambe est très atténué. Mais le prurit persiste et les lésions se sont transformées en placards de lichénification diffuse. On propose alors à la malade un traitement de ses varices, qu'elle accepte.

Toutes les trois semaines environ, on pratique deux injections de solution de salicylate de soude à 30 %. On fait en tout six séances, soit 12 injections.

Toutes ces injections ont été parfaitement supportées; jamais la malade n'a dû interrompre son travail.

L'effet sur le prurit a été le premier symptôme observé. Le soir même des injections, il cessait dans le territoire correspondant à la veine injectée pour ne plus réapparaître que de loin en loin et très atténué.

Les placards d'eczéma lichénifié se sont atténués peu à peu, très lentement.

La malade revue deux mois après la fin du traitement n'avait plus que de très rares démangeaisons. Les placards lichénifiés avaient à peu près disparu. Il persistait encore un peu de lichénification diffuse du creux poplité sans prurit accusé. La malade était enchantée de son traitement, les varices avaient disparu, l'œdème ne se produisait même plus le soir; le membre droit, disait-elle, était aussi léger que le gauche; elle pouvait marcher, courir, faire de la bicyclette sans aucune gêne; elle faisait son métier d'infirmière sans aucune fatigue.

OBSERVATION XIV

(dûe à l'obligeance de Monsieur le Docteur PILLON)

Diagnostic: Volumineuses varices et eczéma des membres inférieurs.

Mademoiselle B..., 60 ans, domestique, souffre depuis plusieurs années d'un eczéma professionnel des mains et des avant-bras et d'un eczéma des membres inférieurs extrême-

ment prurigineux, non soulagé par les pommades et crèmes calmantes.

Elle est vue le 24 décembre 1924; les membres inférieurs sont le siège de vastes placards lichénifiés, avec peau très épaissie, extrêmement prurigineux. Il existe de plus des varices volumineuses remontant jusqu'à la cuisse qui l'obligent à porter des bas élastiques. Malgré cela, les jambes sont oedémateuses, douloureuses le soir et la nuit.

On décide de tenter immédiatement l'oblitération des varices. Tous les quinze jours environ, la malade reçoit deux injections de 2 cc. de solution de salicylate de soude à 30 %. Aucune de ces injections ne provoque de phénomènes inflammatoires suffisamment douloureux pour obliger à interrompre les occupations. Bien au contraire, après chaque piqûre, dès le lendemain elle se trouve très améliorée de son prurit dans la région voisine de la veine injectée.

Au bout de quatre mois l'état des membres inférieurs est transformé. L'œdème a à peu près disparu; les jambes sont devenues beaucoup plus légères; la malade a abandonné ses bas élastiques et, malgré cela, supporte très bien la fatigue. Le prurit est très atténué et n'empêche plus la malade de dormir comme il le faisait avant le traitement. Les lésions lichénifiées se sont atténuées.

Le traitement est continué.

OBSERVATION XV

Madame V..., Anna, 71 ans, entre à l'hôpital le 27 septembre 1924.

La malade a eu une fièvre typhoïde à 20 ans.

Toujours bien réglée; pas de fausses-couches: un enfant mort à 22 ans d'affection cardiaque.

Les varices datent depuis 20 ans, environ. Jamais de plaies variqueuses.

Il y a 2 ans, la malade a fait un séjour de 3 mois dans

le service pour une phlébite de la jambe gauche; et elle revient, de nouveau, pour phlébite de la jambe droite survenue sans cause appréciable.

L'ancienne phlébite complètement guérie, n'a laissé qu'une dermite pigmentaire à la partie inférieure des 2 faces de la jambe gauche. On pensa pouvoir alors entreprendre, de ce côté, un traitement phlébosclérosant.

On lui fait deux injections de salicylate de soude, en une seule séance. La malade n'a pas souffert au moment des injections ni immédiatement après; mais, 3 jours plus tard il se développe une poussée phlébitique de ce côté. Les douleurs ressenties par la malade restent localisées à la jambe, la cuisse n'est pas douloureuse. La température n'a pas été prise. Les veines à la palpation sont douloureuses et dures sur la jambe, seulement. Œdème assez volumineux.

Petit à petit les phénomènes s'amendent, les signes locaux disparaissent. Néanmoins, devant l'alarme causée par cet incident, on interrompt le traitement.

En résumé: phlébites antérieures réveillées par le traitement phlébosclérosant.

CONCLUSIONS

I. — Cette méthode, si elle ne doit pas prétendre supprimer absolument toutes les thérapeutiques médicales et chirurgicales préconisées jusqu'ici, constitue cependant un perfectionnement important pour le traitement des varices. La guérison définitive complète est obtenue en ce qui concerne les segments oblitérés. Les troubles fonctionnels s'atténuent ou disparaissent. La marche de certaines complications (ulcères, eczéma) est heureusement influencée.

II. — Avec le salicylate de soude, produit non toxique, nous n'avons jamais observé d'accidents : escharres ou embolies. Les petits incidents qui peuvent se produire ne fournissent jamais de contre-indications à la poursuite du traitement.

III. — Ce traitement est *ambulatoire* et la guérison de varices de longueur et d'intensité moyenne peut être obtenue au bout d'un mois environ à raison de deux injections de 2 cc. de la solution à 30 % pratiquées tous les deux ou trois jours.

Dans certains cas, pour aider au rétablissement de l'équilibre circulatoire, on peut adjoindre à la cure la balnéothérapie (Bagnoles de l'Orne) et la physiothérapie, car l'état variqueux ne constitue pas seulement une maladie locale, mais un trouble général de la tonicité vasculaire.

Il semble donc qu'en définitive, cette méthode des injections phlébosclérosantes ait, par sa simplicité et sa facilité d'emploi, conquis droit de cité dans la thérapeutique des varices ; elle offre au praticien les ressources les plus variées pour la guérison d'une infirmité particulièrement répandue.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS

Vu :
LE DOYEN,
J. LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 mai 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHILLE (F.). — Contributo alla cura delli varici degli arti inferiori secondo il metodo Schiassi (*gaz. degli Ospedali, Milano* 1916).
- ALGLAVE. — Indicat. de la résect. totale des var. essentiellement superf. des membres inférieurs. (*Presse médic.* 18 mars 1911- 12 juin 1911-25 mai 1912).
- La résection totale des varices superf. des membres inférieurs. (*journal médical français, sept* 1921. *Société de chirurgie* 13 juin 1923).
- BACELLI (G.). — Le iniezione intravenose dei sali di chinina n'ell infezione malarica (*La Riforma méd. Janvier* 1890).
- BAILLÉ. — Contribut. à l'étude des varices des membres inf. chez la femme enceinte (*thèse Bordeaux* 1886).
- BARBARY (F.). — Essais de stérilisation de l'organisme impaludé par le sérum physiologique quininé en injection intrav. (*Bull. Acad. Méd. mai* 1917).
- BAZELIS (R.). — Le traitement des varices par les inj. phlébosclérosantes (*Thèse Paris* 1924). Idem (*Presse Médicale* 23 avril 1924).
- BÉRARD. — Mémoire sur le traitement des varices par le caustique de Vienne (*gaz. Méd.* 1842, p. 52).
- BERGER. — Traitement des varices. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift, T. XXXVII, 26 oct.* 1911.)

- BLUM (L.). — Dangers des inj. intrav. alcalines. Effets toxiques du sodium (*Sem. Méd.*, 12 sept. 1911, p. 433).
- BONNET (N.). — Du traitement des varices superf. par les inj. intravariq. de carbonate de soude (*Thèse Paris*, 1920).
- BONNETTE. — Les varices dans l'Armée (*Presse médicale*, 30 nov. 1921).
- BRESSOT. — La sympathectomie péri-artérielle (*Monde méd.*, 15 mars 1925, p. 304).
- BREWITT. — Opér. des varices par le procédé de Tavel. (*Réunion des chirurgiens Allem. du N. O.*, 28 oct. 1911).
- BROCA. — Traitement des anévrysmes (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 2, 1878).
- CADENAT. — A propos du traitement des ulcères variqueux par l'incision circulaire des téguments de la jambe (*Bulletin de la Société de chir. de Paris*, t. XLVII, n° 23, 5 juillet 1921, p. 943).
- CAILLONÉ. — Contribut. à l'étude de la cure des varices (*Thèse Paris* 1898).
- CARLIER (G.). — Les varices dans l'armée et leur traitement chirurgical (*Arch. de Méd. et Pharm. milit.*, 1905).
- CARNOT et de KERDREL. — Les inj. intraveineuses de quinine dans le paludisme (*Bull. Société méd. des hôpitaux de Paris* 1916. *Paris-Médical* Janvier 1917).
- CASTAN. — De la résect. totale de la S. I. dans les varices superf. des membres inf. (*Thèse de Lyon* 1907).
- CASTLE. — Anast. veineuse pour le traitement des varices. (véno-vénostomie.) (*Journal of medical american association*, t. LVI, 20 mai 1911).
- CHABERT. — Des varices des membres inf., de leur trait. et particulièrement des inj. périveineuses (*Thèse Paris* 1879).

- CHASSAIGNAC. — Résultats obtenus à l'hôpital St-Antoine par les inj. de perchlorure de fer dans les varices (*Gaz. hebd. de méd.* 1853-54, p. 401).
- CHOUX (P.). — Contribution à l'étude du trait. des varices du membre inf. (*Thèse Montpellier* 1920).
- CIGNOZZI. — Varices et leur traitement (*Il policlinico t. XVIII, f. 2, 11 novembre* 1911).
- CLOSEN. — Varicen der ulcus cruris und ihre Behandlung als specialitœt fur der praktischen (*Med. Klin. Berlin*, 1918).
- CLOTTENS. — Modification technique à la méth. Sicard pour le traitement des varices (*Soc. sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 16 février 1923).
- DARRIER et COTTENOT. — Action nocive sur veines et sang des inj. intrav. hyperalcalines d'arsénobenzol (*Soc. méd. hôp. mars* 1911, page 415).
- DAVA. — De l'oblitération des veines comme moyen curatif des varices (*Thèse* 1833).
- DELBET et MOCQUOT. — Varices des membres inf. et traitement (*Revue de Paris chirurg.* 1913).
- DESGRANGES. — Traitement des varices et hémorroïdes par les inj. de perchlorure de fer (*Mém. de la soc. de chir. t. IV*, p. 354).
- DUBREUILH. — A propos du traitement des varices par inj. de biiodure de Hg (*Bul. soc. derm. n° 3*, 1922).
- EHRENPREIS. — Traitement des varices par la méthode de Sicard, (*Journal de méd. de Paris, n° 30, 10 nov.* 1921). (*Soc. méd. du 9^e arrond., Séance du 13 oct.* 1921).
- FATIN. — Considération sur le traitement des varices (*Th. de Paris*, 1880).
- FORESTIER (J.). — Traitement des varices par les inj. intravariq. (Méth. de Sicard) (*Le Progrès Méd.*, 20 janvier 1923, n° 3, p. 31. *La Clinique*, novembre 1924, n° 35, p. 273.)

GARY (F.). — Contrib. à l'étude du trait. chir. des varices (*Thèse Montpellier*, 1896).

GAUTHIER. — Considérations critiques sur le trait. des varices. De leur traitement par les inj. coagul de liq. iodotan. (*Thèse Montpellier*, 1860.)

GEITNITZ. — Traitement des varices par incision en spirale (*Semaine Méd. de Munich*, mars 1913).

GENEVRIER (J.). — Stérilisation du paludisme par inj. intrav. de quinine (*Bull. Soc. Méd. Milit. française*, 7 et 21 avril 1921, page 141).

— Du traitement des varices par inj. coagulantes de sels de quinine (*Bull. Soc. Med. Mil. Française*, 19 mai 1921).

→ Le traitement des varices et ulcères variqueux par les inj. coagulantes concentrées de sels de quinine (*Monde Méd.*, 1^{er} octobre 1922).

GIORDANNI (J.). — Le traitement des varices par les inj. intravariq. de quinine-uréthane (*Thèse de Bordeaux*, 1922).

HESSE et SCHACK. — Anast. saphéno-fémorale dans le traitement des varices. Discussion au XL^e Congrès de l'Assoc. allem. de Chir., Berlin, 19-22 avril 1911).

JANSELME et MANAUD. — Technique des inj. intrav. de quinine (*Presse Méd.*, 31 mai 1917).

JEANNEL. — Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurg. des varices. *Archives méd.*, Toulouse, t. XVIII, N° 1, 1^{er} janvier 1911.

KAPPELMANN. — Injection of hot sodium chlorid. solution in treatment of varicous veins (*J. Amér. Méd. Assoc. Chicago*, 1919).

LAGUARRIGUE. — Contribution à l'étude du trait. des tumeurs variqueuses par les injections coagulantes (*Th. Paris*, 1880).

LEGENDRE. — Considérations sur le trait. des varices (*Th. Paris*, 1881).

LENORMANT. — Trait. des varices du membre inf. par l'anast. saphéno-fémorale. (*Presse méd.*, 2 juillet 1913).

- LUTEMBACHER. — Traitement du R. A. A. par le salicylate de soude (*Presse méd.*, 22 novembre 1921).
- MAURANGE. — La quinine et ses sels, étude thérapeutique (*Gazette hebd. méd. et chir.*, 9 janvier 1898).
- MATHIEU (A.). — Le traitement des varices par les inject. intravariq. de quinine (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 2 fév. 1923) (*Marseille méd.*, 15 mai 1923).
- Traitement actuel des varices par les inj. intravariq. (*Marseille méd.*, n° 22, 5 août 1924) (*Monde méd.* 1^{er} oct. 1924).
- MEGARI. — Avvelenamento del iodo nella cura delle varici alla Schiassi (*Gaz. méd. di Marche, Ancona*, 1913).
- MICHAUD. — Etude sur le traitement curatif des varices (*Th. Paris*, 1876).
- MICHAUX. — Article « varices » in quelques médications récentes (*L'Œuvre médico-thér.*, page 60, mars 1923).
- MINET, AUSSET et DUTHOIT. — Traitement des varices (*Gaz. des Praticiens, Nord médical*, 1^{er} juillet 1921).
- MONTPELLIER et LACROIX. — Fibrose curative des varices par les inj. intrav. locales de biiodure de Hg (*Bull. soc. française de dermato.*, n° 9, 1921).
- Au sujet de la fibrose curative des varices par le biiodure de Hg (*Presse méd.* 1^{er} mars, 1922).
- MOUFLET. — Opération de Robinson dans la cure radicale des varices (*Th. Paris*, 1911).
- MOREAU. — Escarres et abcès d'origine quininique (*Presse méd.*, mars 1917).
- MORO. — Sur pathog. et meilleur traitement des varices des membres inf. (*Beitrag für Klinische Chirurgie*, t. LXXI, décembre 1910).
- NIPVERT. — De l'inflammat. spontanée des veines variq. des membres inf. chez les femmes nouvellement accouchées (*Arch. générales de méd.*, 1862, t. XX, 5^e série).
- POLLAK. — Sur le traitement des varices par l'incision de Rindfleisch-Friedel (*Sem. méd. de Vienne*, 24 juin 1911).

- PUTZU. — La cura delli varici degli arti inferiori col metode Schiassi (*Clin. chir. Milano*, 1919).
- QUISERNE. — Maladie des veines et cures thermales (*Journ. médical français*, sept. 1921, t. X, n° 9, p. 395).
- ROBIN (S.). — Contrib. au trait. chir. des varices (*Thèse Paris*, 1895).
- ROGER (H.). — Quelques mots d'histoire à propos des inj. intravariq. (*Commun. du 23 janvier 1920, à la commission scientif. du comité méd. des Bouches-du-Rhône*) (*Marseille méd.*, 1^{er} fév. 1920).
- ROUBY. — Du traitement des varices et spécialement du procédé par les injections de liqueur iodo-tannique (*Thèse Paris*, 1867).
- ROUQUETTE. — Valeur therap. de la résect. de la saphène dans le traitement des varices (*Thèse Montpellier*, 1905).
- SCHIASSI (R.). — La cure des varices du membre inf. par l'injection intrav. de sol. d'iode (*Sem. méd., Paris*, décembre 1908, page 601).
- The treatment of varicous veins of lower limbs by intrav. inj. of iodine (*Med. Presse and Cir., London*, 1909).
- Nuevo metodo italiano quale trattamento delle varici dell'arto inferiore (*Bologna*, 1914).
- SCHWARTZ (E.). — Article « varices » In nouveau dictionnaire de méd. et chir. pratiques (Baillière, édit., Paris, 1885).
- SICARD (J.-A.). — Le traitement des varices par inj. intrav. locales de carbonate de soude (*Marseille méd.*, 23 janvier et 14 février 1920).
- SICARD (J.-A.) et ROGER. — Présentation de malades au comité méd. Bouches-du-Rhône (*Marseille méd.*, 1919, p. 1008).
- SICARD (J.-A.) et PARAF. — Du trait. des varices superf. par les inj. intraveineuses de carbonate de soude (*Bulletin de la soc. méd. hôp. de Paris*, n° 34, 18 novembre 1920, p. 1369).

SICARD (J.-A.), PARAF et FORESTIER. — Le trait. des varices par les inject. intrav. locales de carbonate de soude (*Journal Méd. Franç.*, sept. 1921, t. X, n° 9, p. 377).

SICARD (J.-A.), PARAF et LERMOYEZ. — Le traitement des varices par les injections phlébosclérosantes de salicylate de soude (*Congrès de méd.*, novembre 1922. — *Gaz. hôp.*, décembre 1922).

SPRENGEL (K.). — *Histoire de la médecine*, 1820.

TAVEL. — Traitement opératoire des varices. (*LXXII^e Congrès assoc. centr. des médecins suisses*, octobre 1904).

VALETTE (A.). — Clin. chir., Hôtel-Dieu de Lyon (*Baillière*, édit., 1875).

ZVIN (G.). — Ueber die behandlung der Krampfadern-Krampfaderbrüche usw. mit intraveinösen sublimat injectionen (*Mün. Mediz.-Wochenschrift*, 1919).

— Die behandlung der Krampfadern mit intrav. sublimat injectionen. Ein methode für den Prak (*Artz dermat. Zeitschrift*, Berlin, 1916).

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction	13
Historique des principaux traitements des veines variqueuses	16
Principe de la méthode des injections phlébosclé- rosantes	24
Résultats anatomo-histologiques.....	24
Avantages de la méthode et discussion.....	28
Indications	30
Contre-indications	32
Choix du médicament.....	34
Les injections de solution de salicylate de soude..	37
Solution à employer	37
Instrumentation	39
Position à donner au malade	39
Mode opératoire.....	40
Effets immédiats.....	43
Effets secondaires.....	45
Observations	48
Conclusions.....	69
Bibliographie	71
